

20-8

~~Dr. Lora~~
Dr. Rodriguez

Facultad de Medicina

81-2 A = 204

Nº 1487

Memoria del Doctorado.

Consideraciones

sobre unos casos

de

Sifilis Cerebral

1107



Leopoldo Moreno Rodriguez

1900.

2.2418
(1487)

Excmo. Señor:

Señores:



El haber observado unos cuantos casos de Sífilis del Cerebro, durante mi carrera, han sido los móviles que me han guiado para escogerles, como Tema de la memoria que se exige para aspirar al grado de Doctor.

De importancia transcendental, sin duda, puesto que siendo la Sífilis una de las más terribles enfermedades que la humanidad sufre, y el cerebro el órgano por excelencia de la economía, no

solo por su textura, sino tambien por los actos de él encomendados, la influencia de aquella sobre éste, bien a las claras está, que ha de ser y ha de manifestarse por esos grandes trastornos que agitan la vida y cortan la existencia frecuentemente en los años de más vigor.

Hace tiempo que comprendiendo esta importancia la dedicaron sus estudios los que nos han antecedido en el arte de curar; pero para su desenvolvimiento hacia falta que se descorriera el tupidísimo velo que ocultaba todo lo referente a estructura y localizaciones cerebrales. No ha mucho que a través de él se descubrieron nuevos horizontes por los que bien pronto avanzaron los sabios de nuestros días.

Trascendental es, pues, el tema y escuso mi saber para escribir algo, aunque no más sea que para atcan

zar la benevolencia de mis jueces, únanme de disculpa lo difícil del tema y la poca experiencia personal para poder decir algo que fuera diferente á lo que hoy se sabe, pues nunca me he atrevido á figurarme que pudiera tener importancia científica de ningún género, sin que tampoco se hiciera agradable por el lenguaje.

Bien comprendo que para ser completo necesitaría hacer el estudio tanto del Cerebro, como de la Sífilis, estudiando á continuación la acción de ésta sobre aquél, y á la vez que ponía á continuación los casos que he podido observar; pero ésto daría una extensión no acostumbrada á esta clase de trabajos, teniéndome que limitar á tratar las cuestiones más culminantes de Etiología, Anatomía + Patológica, Sintomatología, etc.

sintiendo algo en el diagnóstico topográfico de esta clase de lesiones.

I

Historia de la Sífilis Cerebral.

No diremos sino cuatro palabras de este punto, pues si en él me detuviera no acabaría nunca con tanto como se ha escrito acerca de la historia de la Sífilis, por lo que sólo me limitaré á indicar aquello que tenga una marcada relación con el cerebro.

Los conocimientos referentes á esto son muy oscuros y vemos, por ejemplo, á Nicolás Leonicensis decir que el cerebro es asiento de vapores en la sífilis; á Ulrich von Hutter que atribuye las parálisis que en la sífilis se presentan, como consecuencias del

tratamiento empleado, y si alguno se encontraba que creyera que el cerebro sufría, lo hacía depender de una propagación sífilítica de los huesos del cráneo.

Desde el siglo XVI ya comenzaron estudios más serios, sin que por eso dejara de presentarse alguno, como Carrero, que se obstinaba en creer que toda manifestación interna de la sífilis era por un veneno oculto, que mediante la terapéutica, se conseguía arrojar. Pero ya en esta época vemos a Estruc querer relacionar las parálisis con las lesiones anatómicas, y algún caso como el que Morgagni refiere de una mujer que murió en el coma, después de ataques epilépticos, y en cuya autopsia se encontraron gomas en el frontal con propagación al cerebro; no

obstante de ser Balorio el que primero hizo la descripción de gomas cerebrales.

En el siglo XVIII casi todos dudaron de que el cerebro pueda sufrir sífilis y así lo creen Lucarimoni, Krankheim y otros muchos, lo que no nos sorprenderá tanto, teniendo en cuenta que incluían en la Sífilis una ininidad de afecciones que nada tenían que ver con ella.

Estas mismas teorías siguen imperando en los comienzos del siglo XIX, por más que bien pronto empiezan a aparecer historias clínicas apoyadas en necropsias, como, por ejemplo, las de Tallemont, Royer y otros, mereciendo especial mención los trabajos de Schutzemberger Virchow.⁽¹⁾

(1) Ueber die Natur der Constitutionnel syphilitischen (1858)

Leon Gros ⁽¹⁾ Lancereaux ⁽²⁾ y principalmente Bournier que hacen adelantar la Sifilis por un camino verdaderamente científico

Después de esto es imposible hacer una enumeración de los trabajos publicados sobre este punto; baste, pues, recordar en Francia los nombres de Lagneau (1860) y Lambaco (1862)

En Inglaterra á Hutchinson (1871) Broadbent y Buzzard en (1874)

En Alemania á Sakentz (1864) Baumgarten, Jürgens (1885) Oppenheim (1888)

En España, así mismo se han distinguido gran número, muchos de ellos en nuestros días, por cuyo motivo no menciono.

(1) Des affections nerveuses syphilitiques (1861)

(2) Traite historique y practique de la syphilis (1874)

II

El Cerebro.

Organó sin cuyo conocimiento
 no podríamos dar un paso en el
 transcurso de la memoria, y que co-
 mo ya he dicho no me puedo dete-
 ner en su exposición, si bien esto está
 suplido por ser bien conocido de todos,
 tanto en su parte macroscópica, como
 estructural, y aun no recordando más
 que se halla constituido por una par-
 te central, de cuyas células parten ma-
 nojos, que uniéndose y entrecruzándose
 de una manera bastante bien conoci-
 da hoy y que repartidos por la econo-
 mía, dan movimiento &c. lógicamen-
 te se deduce que los transtornos que en

el ocurren, tanto en las partes centrales, como en los cordones, han de ser motivo de trastornos en sus funciones (los cuales nos indicarán muchas veces el sitio donde reside la lesión), y siendo la sífilis capaz de producirlos, no sólo el cerebro mismo, sino también en los vasos que le nutren, nos dan la clave de lo que vamos a comenzar a estudiar.

Es la Sífilis, según Fournier «una enfermedad específica de carácter infeccioso, exclusiva de la especie humana llevada al organismo, por contagio ó por herencia de evolución crónica, esencialmente intermitente, como sus manifestaciones y constituida por una innumerable serie de síntomas y lesiones de formas muy

diversas y de diferente gravedad y que interesan todos los sistemas de la economía.»

Presentaremos, pues, con los caracteres con que se conocen las enfermedades infecciosas, cierto que hasta el presente se escapa á nuestras investigaciones el microbio causante, como ocurriría mismo en otras muchas enfermedades, en las que acaso objetivos más potentes nos lo demuestren más adelante, pues hasta ahora nadie está seguro que el pretendido bacilo de Luegarten sea el productor, apesar de la multitud de medios de coloración, que con este objeto se han ensayado, como los de Doutréfont y Schulz, Giacomini y otros; pero no podremos tener certeza de su existencia, hasta que no equitan las du-

das de hoy, pues mientras Leri dice, tiene diferencia colorante con el bacilo del emeoma, Ehvans y Favel le creen uno mismo y si a esto añadimos que aun no se ha cultivado, nos convenceremos de que no es tan seguro, operar de ser el que cuenta con más adictos, pues menos deben de ser los cocus y diplococus encontrados por Dine y Casochi, ni los bacilos que Sondyee encontró en 1889 en las neoplasias sifiliticas, ni los encontrados por Lingard.

Pero aunque el microbio no se haya encontrado, no por eso deja de ver que la enfermedad cuadra en todo con lo que conocemos de las enfermedades infecciosas, pues como en otras de la misma clase, ella se puede adquirir por contagio y por herencia.

Por contagio, no sólo por el chanero, como Ricord creía hasta 1857, sino por otros medios, como las recrecciones del periodo secundario y la sangría en esta época, como lo han demostrado Bournier, Libert, Wallace y otros; no siendo contagiosa en el tercer periodo, apesar de la opinión de Landouzy.

Puede así mismo adquirirse por herencia y por infección intrauterina (aun poco estudiada) por lo que muchos la confunden con la hereditaria.

Excepto cuando le viene al feto de la madre, comienza por el chanero, que no nos hemos de detener a explicar, por ser demasiado sabidas sus condiciones, vienen luego los trastornos de la piel, mucosas y órganos profundos, reproduciéndose a intervalos regula-

res y cuyo conjunto constituye la sífilis secundaria, en la que tampoco nos detenemos, pues aunque en ella se puede presentar algún transtorno nervioso (principalmente en las mujeres) consistentes en neurosis, dolores &c. no ataca gran cosa al cerebro, objeto de nuestro estudio.

Y por fin, aparecen las lesiones de las partes profundas, con tendencias degenerativas, de claretivas ó esclerosivas, constituyendo la sífilis terciaria, que el microbio produce, según Rindfleisch, por reblandecimientos arteriales que acarrearán la formación de nodulos perivasculares debidos á remigraciones bacilares y leucocíticas.

Las causas que presiden el desarrollo de la sífilis terciaria son complejas, pues en nada dependen

de la gravedad de los primeros periodos. Teniendo más acción el abuso de alcoholes, el linfatismo y todas las causas de empobrecimiento, así se presentan antes en los viejos que en los jóvenes, siendo la regla general el no presentarse hasta después del tercer año de la infección y antes del quince; pero como cita Journier de ocurrirá los cincuenta y cincuenta y cinco años después de contraída.

Las dos formas más características de la sífilis terciaria y con acento predominante en los órganos centrales son los Gomas y las lesiones Arteriales, habiendo dado poca importancia á esta última hasta la época de Valdemar-Temper, que comenzó su estudio.

Los Gomas, que Wagner llamó

Sifilomas, están constituidos por nodulos separados, muchas veces por tejidos indemnes; estos nodulos á su vez están formados de otros más pequeños, constituidos por corpúsculos sifilíticos, que forman un núcleo apretadísimo en el centro encontrándose, según se acerca la periferia, más capilares, células fusiformes que llega á hacerse y hrelladas y fascículos colágenos; todo lo cual está á su vez envuelto por tejido fibroso.

Son de un color blanquecino ó amarillento opaco, de apariencia caucosa, que acaba por reblanquearse, formando la llamada goma, que puede ser evacuada y dejar una cavidad que á su vez puede ser ocupada por tejido cicatricial.

Como vemos, tiene mucho parecido con el tubérculo, sin embargo de que se diferencia en que por más de que el centro del sífiloma entre en reblandecimiento, los vasos persisten, lo que no ocurre con el tubérculo.

Ocurre algunas veces que en vez de reunirse las granulaciones sífilíticas formando los gomas, se reparten difusamente formando las llamadas infiltraciones sífilíticas, muy frecuentes en las meninges.

La alteración de los vasos en la sífilis, que no es sino una infiltración de sus paredes, ha sido motivo de discusión en estos últimos tiempos, acerca de cuál era la capa de la pared por donde comenzaba el proceso moroso

pues mientras Gerharadt, Litten y Heub-
 ner pretenden que es por la interna
 Lancereaux, Baumgarten y Friedlan-
 der dicen es por la adventicia, si bien
 despues adquiere mayor intensidad
 en la interna, y no falta quien, como
 Rumpf, que diga es la media la a-
 sacada de la sífilis. Pero dejando
 á un lado estas cuestiones, no cabe du-
 da que á consecuencia de este proce-
 so, la pared del vaso queda dura,
 friable, sin elasticidad, disminuida
 su luz (que puede llegar á desapa-
 recer como en la arteritis obliterante
 de Friedlander) en todo lo cual no
 necesitamos insistir, para que se com-
 prenda los trastornos que la circula-
 ción sufrirá, que con las desigual-
 dades que en el vaso se forman, oca-
 sionan en multitud de casos trom-
 bosis seguidos, como es natural, de

reblandecimientos. En otras ocasiones favorecen la formación de aneurismas, que según Heubner, se presentan en un doce por ciento de casos, las que inútil es decir, pueden ser origen de hemorragias.

III

Etiología y frecuencia de la
Sífilis del Cerebro.

Todos los sífiliógrafos opinan que no está en relación la gravedad de la sífilis con los primeros síntomas de la infección y por consiguiente en nada depende de que sus comienzos sean benignos para que se presente la Sífilis Cerebral. Otras causas influyen más enérgicamente: así vemos que los sífilíticos que sufren traumatismos de la cabeza, están muy predispuestos, igualmente los alcohólicos, los que abusan de la temeridad, los dedicados á grandes trabajos intelectuales, los cuidados económicos

micos, las emociones &c. y en una palabra todo lo que haga entrar en actividad el cerebro, siguiendo la regla general de las infecciones de presentarse en el lugar de menor resistencia.

Es indudable, que todo lo que tienda a hacer la vida más difícil, hará más frecuentes las manifestaciones sífilíticas cerebrales y de aquí el que hoy sean tan frecuentes y el que antes paráran casi desapercibidas, así en 1786 vemos decir a John Hunter y otros muchos que el cerebro era inaccesible al virus sífilítico, y en cambio en 1890 dice Murray⁽¹⁾ que la sífilis ataca al cerebro con una frecuencia deplorable. Es más, no ha mucho que se creía

⁽¹⁾ Syphilis terciaria et syphilis hereditaire.

que de un atacado el cerebro, lo era en periodos muy avanzados de la sífilis y hoy se vé que aunque esto es lo más frecuente, no por eso deja algunas veces de presentarse en un periodo relativamente corto de la infección, citando Lechner una hemorragia á los cuatro meses y Gessfruer⁽¹⁾ una Trombosis de la base á los seis.

Seligmüller y Meriac dicen que la tercera parte de los casos de sífilis del cerebro se presentan en el 1er año, creyendo Boumier que entre el 3º y 10º año son atacados las dos terceras partes y entre el 10 y 18 ta parte restante de los sífilíticos cerebrales.

Es más frecuente en el hombre

⁽¹⁾ Gessfruer = France Médicale (1883).

que en la mujer, lo cual á nadie estrañará, teniendo presente que en aquí son más frecuentes los trabajos intelectuales, hábitos alcohólicos &c.

La herencia sífilítica dá también una proporción bastante crecida de manifestaciones cerebrales, presentan doc una vez pronto y otras muy tarde.

IV

Comienzo de la Sífilis cerebral y sus formas.

Aunque varían muchas veces las distintas formas de sífilis del cerebro, según la anatomía patológica y la localización de la lesión, en la inmensa mayoría de los casos, los comienzos tienen algún parecido; así los dolores de cabeza más acentuados por la noche faltan pocas veces, las convulsiones en esta época no son raras, las actitudes para el trabajo disminuyen, unos se hacen apáticos y otros coléricos, hasta que por fin queda la sífilis cerebral confirmada. En otras ocasiones la enfermedad aparece bruf

camente recordando la manera de
 empezar las leiones de meninges; hu-
 diéndolo hacer con excitación, delirio
 &^a ó con depresión y coma, tanto en
 la una como en la otra forma, pue-
 de sobrevenir rápidamente la muor-
 te (aunque es raro) siendo lo más co-
 miente que sigan contracturas, convul-
 siones, parálisis &^a hasta que gra-
 dualmente queda confirmada la
 Sífilis cerebral.

En cuanto á la manera de
 dividir, para el estudio, las diferen-
 tes formas de sífilis, no existen gran-
 des diferencias en los autores. Algunos
 estudian aisladamente las afeccio-
 nes de meninges de las cerebrales;
 pero haremos constar, que aunque
 pueden ser atacados separadamen-
 te, siempre las leiones de uno se

percuten en los otros, viniendo á dar entre ambos más luz de sintomas.

En términos generales, los que hacen esta división, estudian en el cerebro gomas, lesiones de vasos y formas mentales, y en las meninges agenos, entre ellos Lamy, hacen dos grupos: Uno que llaman especifico, en el cual estudian las lesiones más típicas, como gomas, infiltraciones de Juras &^a, y otro que llaman eleuro, que dicen no puede distinguirse de los procesos meningíticos crónicos comunes, atendiendo á los caracteres anatómicos.

Para nuestro estudio atenderemos á las lesiones Anatomopatológica solamente, estudiando englobadas meninges y cerebro, según la siguiente división:

1^o Lesiones de vasos

2^o Lesiones esclero gomosas { Gomas
Infiltraciones difusas

3^o Formas mentales { Locuras sífilíticas
Pseudo parálisis general.

V

Anatomía Patológica.

Vemos por la anterior división que los tejidos que sufren en la sífilis de los centros nerviosos, son aquellos que proceden de la hoja media del blastodermo, mientras que las células y fibras nerviosas son atacadas secundariamente, y por consiguiente, estando los vasos y tejidos conjuntivos en mayor cantidad, en la superficie del cerebro ésta ha de ser la más atacada. De todas las lesiones que hemos indicado la más frecuente es la de los vasos: y ya hemos apuntado puede ocasionar aneurismas, roturas, aun que según Heubner y Strumpfelta

son relativamente poco frecuentes, en comparación de las obstrucciones por tromboisis, que traerán como consecuencia el reblandecimiento de la parte nutrida.

Pero nos es indispensable para poder referir estas nociones al diagnóstico conocer de una manera exacta las diferentes ramas del cerebro, de cuyo trastorno vendremos en conocimiento por las regiones por ellas nutridas, por cuya razón nos permitimos dar á continuación cuatro nociones acerca de la circulación cerebral.

Las dos vertebrales y las dos carótidas son las arterias que llevan tal sangre al cerebro. Las primeras se reúnen formando el tronco basilar que caminando de atrás adelante entre el fuente de Tarolio y la apófisis basilar, se divide en dos ramas

que serán las cerebrales posteriores ó profundas. Este sistema se pone en relación con el anterior, por las comunicantes posteriores que se encuentran en relación con el pedúnculo cerebral y en parte con el tractus óptico.

Las carótidas dan á un vez las cerebrales medias ó Silvianas y las anteriores ó del cuerpo calloso, unidas por la comunicante anterior, reublando el triángulo de Willis, que ocupa por consiguiente la fóvea craneana media y base cerebral; este, como ya diremos, es el sitio predominante de las arteritis sífilíticas. De este triángulo y primera porción de las seis arterias que de él derivan, parten las arterias cerebrales centrales y fuera de este límite las corticales. Las primeras son terminales y no se comunican para nada con las se-

gundas, siendo sus afecciones independientes. En cuanto á las corticales, se comunican algo entre sí y una vez divididas en la pia madre penetran en el cerebro.

Dividen las arterias cerebrales centrales en dos grupos 1.º las que penetran por el espacio perforado anterior y 2.º las que lo hacen por el posterior. El primer grupo le constituyen la cerebral anterior y la cerebral media, y el segundo la cerebral posterior. La anterior da dos ramas á la cabeza del núcleo caudal, la media al resto de dicho núcleo, al lenticular y á la cápsula interna. La posterior da dos ramas al tálamo óptico.

De las arterias corticales, la anterior da dos ramas que penetran en las circunvoluciones del lóbulo fron-

tal en sus tres superficies, excepto en la circunvolución frontal inferior, parte posterior de la media y frontal ascendente, así como al lóbulo paracentral y a la anticuña. La arteria cerebral media cortical da cuatro ó cinco ramos, el uno por la circunvolución de Broca, la segunda a la frontal ascendente, parte posterior de la frontal media y a la insula de Reil, la tercera nutre a la circunvolución parietal ascendente y el núcleo paracentral, en fin la cuarta, quinta &^a nutren el resto del lóbulo parietal y la circunvolución temporal superior. La arteria cerebral posterior da sus ramos al lóbulo occipital y parte del tempro esferoidal.

Es, pues, la cerebral media la que da sus ramos a la región matriz

del cerebro.

De todas estas arterias que hemos indicado y aunque todas pueden ser atacadas por la sífilis, es más frecuente que la sufran las de la base y de éstas con predilección las que se derivan de la carótida; el ramo terminal de la cerebral media central que hemos dicho penetra por el espacio perforado anterior, es uno de los más frecuentemente atacados, ab que siguen en frecuencia las corticales y por último las centrales anterior y posterior.

No dependiendo la importancia de la lesión de la arteria dañada sino del territorio por ella regado, claro que tendrán gran importancia el mayor ó menor calibre de vaso y la existencia de colaterales, y de aquí el ser más grave la obstruc

ción de las centrales que no de las corticales que aunque pocas, tienen anastomosis.

Siendo, como ya también hemos dicho, una de las más frecuentemente atacadas la Silviana, ó sea la arteria motriz por excelencia, lo más general en la sífilis del cerebro es la hemiplejía, que más adelante veremos.

Siguen en orden de frecuencia á las lesiones de los vasos las de meninges, las que como las anteriores son más frecuentes en la base, dependiendo también los síntomas de la extensión y sitio de la lesión, si bien pudiendo presentarse que pueden ocurrir grandes transtornos, aunque el foco sea pequeño, como cuando, por ejemplo, está situado cerca de un orifi-

ció por donde pasa un nervio ó sobre su trayecto, como frecuentemente ocurre en los nervios oculomotores.

La infiltración sífilítica meníngea puede alcanzar el epéndimo los ventrículos y los plexos corooides, dando Virchow como causa de la hidrocefalia la lesión del epéndimo por sífilis consecutiva.

Estas lesiones meníngeas pueden propagarse á la masa cerebral por la pia madre, vasos &c. pudiendo producir en los hemisferios una verdadera (esclerosis lobar) aunque lo corriente es que sólo produzcan anemia por la compresión de los vasos.

Gomas. En la superficie cerebral tienen su ariente predilecto como las demás lesiones sífilíticas y de preferencia en la base, en el *Quarna*,

puente de Varolio (donde muchas veces alcanzan gran tamaño), no queriendo decir con esto que no se encuentren en el espesor de la masa cerebral de lo cual pronto se convencerá uno recordando los encontrados por Bullerius en el cuerpo estriado, por Westphal en el tálamo óptico, por Lancereaux en los lóbulos frontales, por Fallemend en el centro oval.

No difieren en nada los gomas cerebrales de los que se presentan en otras vísceras, siendo muy vascularizados los de la pia madre y poco los de la dura madre; pueden ser uno ó muchos, se suelen encontrar cerca de los vasos, á los que comprimen, ocurriendo esto mismo en los tejidos próximos, pudiendo llegar á anular la acción de los nervios cercanos, por la irritación

que les causen. Por esta misma acción irritativa producen, cuando están situados en la zona motriz convulsiones musculares, bajo la forma de epilepsia parcial que en ocasiones se generaliza y en otras conduce á la parálisis.

La infiltración difusa, tercera forma de la sífilis en el cerebro y que como dijimos consistía en la proliferación de células redondeadas, al rededor de los vasos capilares, ó en la vaina de los vasos de mayor calibre, es menos frecuente que las anteriores, empezando muchas veces en la pia madre y ocasionando trastornos que ya estudiamos.

Con un aspecto muy distinto se presenta la encefalitis en placas, descrita por Cornil y Charcot, pues

aunque son verdaderas placas
como las diseminadas en la super-
ficie del mesencefalo, no penetran
ni en la sustancia nerviosa, ni tie-
nen íntima relación con las me-
ninges, siendo la menos caracterís-
tica de la sífilis.

VI

Síntomas.

Una vez conocidas las lesiones anatómo-patológicas, es mucho más fácil conocer, tanto la sífilis de los centros nerviosos como sus diferentes formas; pero casos existen sin embargo en los que es más difícil señalar tanto la lesión como el sitio que ocupa, por no ser del todo conocida la fisiología de este órgano.

A veces no tenemos más síntoma que la cefalalgia, constante unas veces y accicional otras; en otros casos se nos presentan ciertos síntomas que nos pueden decaminar, tanto del bulbo, cerebelo, protuber-

rancia 2.^a, aunque sean debidos á la sífilis misma

Con objeto de llevar orden en su exposición, indicaremos primero los síntomas más generales y después cuatro datos acerca de la sífilis de cada uno de los territorios de encarga lo.

Hemos indicado más atrás, que la lesión más comunera la arteritis de la región motora, y por consiguiente uno de los síntomas más frecuentes será la Hemiplejia Sífilítica que es casi lo mismo que la hemiplejia debida á otras causas, aunque por lo general siempre es posible distinguirlas, pues aun prescindiendo de los antecedentes sífilíticos, sabemos que su comienzo es siempre lento, sin pérdida de conocimiento ni ictus apoplético puesto que

la arteritis es lenta y gradual, precediendo fenómenos isquémicos de esta zona motriz. Prescindiendo de las parálisis comunes a todas las hemiplejias, tenemos en favor de la sífilítica una midriasis consecutiva a la parálisis del músculo dilatador del iris, el cual síntoma tiene la particularidad de ser muy constante, pues persiste aun después que han desaparecido todas las parálisis (Seeligmüller.)

Althaus⁽¹⁾ dice que en la hemiplejia sífilítica, los reflejos tendinosos están siempre exagenados y considera este fenómeno como característico de esta enfermedad.

Otro síntoma importante en la hemiplejia sífilítica es la edad

⁽¹⁾ Althaus = Transactions of the Society of London.

del individuo que la padece, pues sabemos que la ordinaria es rara antes de los cuarenta años.

Y vamos á continuar con otro síntoma que sigue en importancia al anterior en la Sífilis del encéfalo, cual es la Epilepsia llamada Sífilítica, que así mismo es precedida de los fenómenos más atrás indicados, teniendo de particular el presentarse en otra época de la vida, en que es raro se presente la epilepsia ordinaria que, como sabemos, es hereditaria, y suele comenzar en los primeros años de la vida.

En la epilepsia sífilítica, según Sullien, la persona atacada no dá el grito que sabemos es constante en la vulgar.

La epilepsia parcial sífilítica es un síntoma muy común en las

lesiones esclero-gomoides, presentándose en el lado opuesto de la lesión y en la extensión correspondiente, según sea el territorio atacado; de tal manera que ésto puede ser diagnosticado, según cual sea la zona epiléptica parcial.

Muy difícil sería hacer el diagnóstico topográfico de las lesiones ocasionadas por la sífilis, sin saber los síntomas con que se manifiesta, según sea la región del encefalo atacada, por lo que á continuación expongo los síntomas más principales de cada una, pues aunque el cerebro es el que la sufre más comunmente, no por eso deja de atacar á los demás órganos encefálicos, así por ejemplo los pedunculos pueden proporcionar la ariente, tanto en su periferia

como en su centro.



Sabemos que los pedúnculos es una región en donde se encuentran más en contacto las fibras motoras y sensitivas y de ahí que las lesiones de estas partes se traducan por desórdenes de la sensibilidad, acompañadas de los trastornos de los nervios que tienen su origen y pasan por esta región; los menos frecuentes son los trastornos sensitivos y los más los del óculo motor común, que sabemos camina por este sitio; así que una lesión de este órgano sea goma, foco de meningitis etc. ocasionará la hemiplejia del lado opuesto y la alteración del motor ocular común del mismo lado (Síndrome de Weber) pero no es infrecuente que la lesión sólo ataque algunas fibras de este nervio y en cambio lesione otras que pasan cerca, como el manojito genicivo

lado, que raramente contiene las fibras del facial inferior, masticatorio e hiogloso, por lo que muchas veces se unen á los síntomas dichos parálisis de la cara, lengua y músculos masticatorios del lado opuesto á la lesión; pero volvemos á repetir que la característica y la que raramente falta es la lesión del motor ocular común.

Es más; han existido casos, como el de Weerman, citado por Krause, en que una rinite hidalidico interpeduncular, que para el caso lo mismo pudiera haber sido un goma, produjo una parálisis completa de los cuatro miembros.

Nos hace falta añadir que raramente la hemiplejia alterna, síntoma ordinario de la lesión de pedunculos puede tener otra causa

aí que puede ocurrir cuando, por ejemplo, excitan dos focos, unos de reblandecimiento de la cápsula interna, ocasionado por una arteritis del vaso que la nutre y que produciría una hemiplejia del lado opuesto y otro foco circunscrito de meningitis; por ejemplo sobre el trayecto del motor ocular común.

Mucho más raro es que la lesión ataque á la parte de los pedículos, situada encima del acueducto de Silvio, es decir, de los tubérculos cuadrigeminos, que se reconocería por una amaurosis y la ausencia del reflejo del nervio óptico, sobre el nervio motor ocular común y por los trastornos del equilibrio.

La afeción del puente de Varolio ordinariamente se presenta en

la parte anterior, vecina á los pedunculos cerebrales y no es infrecuente que algunas de sus lesiones presenten al producirse, fenómenos de excitación de órden convulsivo; pero lo más característico aquí, segun Nothnagel es la alternancia de las parálisis de los miembros y nervios craneales.

Dichas parálisis interesan los nervios motores y sensitivos de la flexibilidad del lado opuesto al foco y al trigemino, motor ocular común, facial e hipogloso del mismo lado de la lesión. Pero no es de necesidad que todos ellos estén paralizados, ni que la parálisis, aunque alterna, presente la forma hemipléjica, pues puede suceder que presente la forma dipléjica, así en los miembros como en los nervios craneales, lo que ocurrirá cuando la lesión meocefálica, en

vez de ser lateral, que es la que produce la hemiplejia alterna, sea lateralizada, es decir, transparente el rafe y leione las dos partes del órgano, si bien más una que otra, lo que nada tiene de extraño, teniendo en cuenta lo próximos que se hallan, así los nervios craneales dichos, como los fascículos perianudales.

Todas las variedades, aunque múltiples, están comprendidas en el siguiente cuadro de Tigenon:

<p>A Paralisis alterna simple, motriz y sen- sitiva</p>	}	<p><u>Foco derecho</u> = Paralisis derecha de la cara é izquierda de los miembros</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p><u>Foco izquierdo</u> = Paralisis izquierda de la cara y derecha de los miembros.</p>
--	---	--

<p>B Paralisis alterna coin- cidente ó conjugada</p>	}	<p>Paralisis y sensitiva de las mismas partes</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/>
---	---	---

<p>C Paralisis alterna doble</p>	}	<p><u>Completas</u> { En X ó de los dos lados de la cara y de los miembros.</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p><u>Incompletas</u> { En V ó de los dos lados de la cara, En Y ó de los dos lados de la cara y de un lado de los miembros. En λ ó de un lado de la cara y de los dos en los miembros</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/>
---	---	--

Segun Bellange es comun en las lesiones de la protuberancia, la pérdida generalizada de uno ó varias sensibildades, pero en particular de la dolorosa y segun Eichort, lo ion asi mismo las elevaciones de temperatura y ciertos movimientos conjugados de la cabeza y ojos.

De los nervios craneales que hemos dicho el trigemino es el más frecuentemente atacado, pudiendo estarlo en su totalidad, como por ejemplo, cuando el foco morbido se encuentra en el interior del puente de Varolio pero cerca de la entrada de este nervio, pero no es infrecuente que sólo esté atacada la parte motriz, ó sea la destinada á mover la mandíbula inferior.

La afección de la parte posterior del puente de Varolio, donde éste se adhiere al bulbo, presenta la alteración

del nervio auditivo en el núcleo, que lo mismo que el del facial está situado en el cuarto ventrículo en el límite del puente de Varolio y médula oblongada, y por consiguiente la parálisis del nervio facial, es total, es decir que todos sus ramos están atacados; Todo lo contrario de lo que pasa en las lesiones de pedúnculos y de hemisferios cerebrales, que no son lesionados sino sus ramos inferiores y que la parálisis es de tipo periférico (reacción a la electricidad) en fin, por último, que la parálisis ataca los músculos de la cara del lado opuesto al de los nervios, por encontrarse las fibras del facial, como todos sabemos, en la parte media del puente de Varolio.

Quando la sífilis ataca la médula oblongada, a más de poder atacar

car los piramidales fascículos, son atacados los nervios que en ella toman origen, cuales son el hipogloso que ocasionará la glosopjeia, la anartria y la disfajia, el accesorio de Willis, el vago, que se manifestará por aceleros de Fes, hijo, cambios en el pulso, aceleracion de la respiración (dienea, icarosis, fenómeno de Cheyne - Stokes)⁽¹⁾; así mismo sobrevendrán trastornos de la deglucion, la que sabemos depende de los nervios 9, 10 y 12 y en parte del 7; en la temperatura no es raro se presente hipertermia y en la micción diabetes acucarada. Omitado es decir que en las lesiones de bulbo no existen todos estos síntomas, los cuales se presentan según la extensión y localización de la lesión

⁽¹⁾ Rothmael = Traite clinique du diagnostic des maladies de l'encephale.

ari, por ejemplo, cuando el foco sea pequeño y limitado al centro de Claudio Bernard se manifestará sólo por la diabetes azucarada. Son también frecuentes en las lesiones del bulbo las parálisis faciales del lado opuesto (síndrome de Coubler.)

Una lesión de las membranas que tapizan el quinto ventrículo, como de las arterias que la nutren, pueden producir trastornos de los nervios 3, 4, 5, 6, 7, y necesariamente en los dos lados, mientras que si las dos arterias vertebrales ó antes que la arteria espinal que se deriva, la ramola está alcanzada, entonces sufren los núcleos de los nervios, 8, 9, 10, 11 y 12.

En cuanto á la afección sífilítica

del cerebeto es muy rara, manifestándose por trastorno del equilibrio y vértigos.

Para terminar este capítulo voy á decir cuatro palabras acerca de dos cuestiones de gran importancia, y que son la influencia de la sífilis sobre los fenómenos psíquicos y sobre la parálisis general.

En cuanto á la primera, ó sea ta enagenación mental sífilítica es hoy admitida sin discusión y ha sido estudiada por Foville, Schüle, Gournier, Mairat & C.

Es cierto que existen algunos fenómenos psíquicos que no tienen relación, sino de coincidencia, como la sí-fobia, hipocondría simple &c., en cambio salta á la vista la decadencia intelectual, con que vá acompa-

hacia muchas veces la epilepsia sí-
filitica, como los transtornos intelectua-
les y morales, que en ocasiones son los sí-
nimos por los que se manifiesta la sí-
filis cerebral.

Más raros son los transtornos ve-
ránicos que podemos calificar de sí-
filiticos, aunque sin embargo a veces
existen de presentarse una agita-
ción furiosa, ya súbitamente o de
un modo gradual. Pudiéndose re-
ducir las formas del delirio sífilitico
a tres principales que son:

- 1º Excitación maníaca simple
 - 2º Excitación maníaca con ideas
delirantes.
 - 3º Estados depresivos con melancolía,
siendo la combinación clínica más
frecuente el delirio, la demencia y tran-
stornos paralíticos.
-

En cuanto á la influencia de la sífilis en la etiología de la parálisis general, se ha discutido mucho en los últimos tiempos, aunque ya en el año 1816 la comenzó á estudiar el quírolo, ab que siguieron Georget, Dela-ye, Bayle y otros muchos. Esnach y Leuen insisten en la frecuencia de la sífilis, en los sujetos atacados de demencia parálitica, esforzándose en demostrar su origen específico y queriéndolo demostrar los Lancere-laux y negándolo algunos, como La-segue.

En el día, pues hay muchos autores y muchas autópsias que lo demuestran, que la parálisis general puede venir á consecuencia de la sífilis, como á similitud sabemos puede proceder del alcohol, y no empeñarnos, por consiguiente, tampoco en demostrar que

todas las parálisis generales son Si-
filiticas.

VII

Juicios Clínicos.

Diagnóstico Topográfico.

Una vez conocido lo que antecede y principalmente lo que se refiere a la sintomatología de las diferentes regiones encefálicas es mucho más fácil el poder hacer el diagnóstico topográfico de cualquier lesión. A modo de ejemplo pongo a continuación un caso elegido entre los que recuerdo al final de la memoria, el cual puede servir de norma para otros casos.

Se trata del enfermo que cito en la historia n.º 8, en el que no cabe duda que sus lesiones eran producidas

por la sífilis y vemos que en el se presenta una hemiplejía derecha y una diplejía lingual masticatoria y facial inferior, en la que la parálisis era más acentuada en el lado derecho y sin trastornos de sensibilidad.

En vista de los síntomas enunciados no puede ser producido uno por un proceso que haya interrumpido la conductibilidad de los fascículos piramidales y geniculados izquierdo y derecho del geniculado derecho, por cima de la insula y encima del núcleo extraventricular del cuerpo estriado, que por su semejanza con la parálisis labio-gloso-laríngea o parálisis bulbar progresiva, recibió de Lepine la denominación de parálisis pseudo-bulbar; pues cualquiera otra localización que supuriéramos no podría engendrarlo.

En efecto:

Para producirse la hemiplejia es preciso, como ya hemos dicho, que se interrumpa la conductibilidad de los cordones que animan á los músculos de un lado, ó las del fascículo piramidal en algún punto de su trayecto ó que queden destruidos los centros nerviosos corticales y medulares.

Esto se puede suponer sea producido por transtornos de los nervios que sabemos su forma común en la monoplejia y que aunque alguna vez se presenta como en la polineuritis tífica Raymond⁽¹⁾ vá acompañada de transtornos tróficos.

En su mismo no es lógico suponer sea de causa espinal, pues á más de no existir en el enfermo signos de lesión me-

⁽¹⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux.

dular no hay la anestesia del lado o
punto que se presenta en dichas lesiones.

Es, pues, encefálica y entre estas derecha
remos una lesión bulbar, pues no existen
traumatismos respiratorios ni circulatorios
y la parálisis facial es del mismo lado.

Alguna más confusión se nos presen-
ta, si pensamos que la lesiónada era
la protuberancia, por cuanto en nuestro
caso hemiplejia derecha y parálisis fa-
cial del hipogloso y masticatoria ítem
más el haber presentado este caso con
algún fenómeno convulsivo tan fre-
cuente en las lesiones de la protuberan-
cia. Pero observando el caso detenida-
mente vemos que no existe la alter-
nancia de parálisis características
de esta región y señaladas en el cua-
dro de Tixeront, pues las de los miem-
bros y facial son derechos y las del hi-
pogloso acentuadas en el lado derecho

de modo que no puede encajarse en dicho cuadro, pues aunque se parece al goá las variedades γ ó γ hicimos notar que en el lado izquierdo, los nervios de la masticación é hipogloso estaban menos paralizados en el lado derecho, lo que no se comprende bien en una parálisis alterná, item mas que en nuestro enfermo no han existido trastornos en la sensibilidad, ni elevaciones en la temperatura ni movimientos conjugados en la cabeza y ojos.

En cuanto á una lesión del pedúnculo, no la podemos admitir (aunque tiene algún parecido) por haber faltado siempre la oftalmoplejia del lado opuesto y aunque ésto no existiera, nos encontramos con una parálisis bilateral del hipogloso y masticatorio que no se explica

can con una lesión del pedúnculo izquierdo, sin estar atacados los motores oculares comunes.

Claro está que tampoco se puede creer sea una lesión de la cápsula interna izquierda, pues en ésta no hay parálisis del facial ni masticatoria.

Resumiendo las diplegias lingual y masticatoria necesitan para producirse, ó una lesión doble en un punto por donde pasan los fascículos facial, masticatorio e hipogloso y piramidal, ó una lesión única en un centro de donde parte la incitación motriz á ambos lados de la lengua y músculos masticatorios, lo que no puede ocurrir sino por una lesión cortical izquierda ó por una lesión lateral de las cercanías de los núcleos centrales.

Así que no nos queda otra su-

posición que la de una interrupción de los fascículos motor y geniculado izquierdo, ó la de ellos y el geniculado derecho en donde vayan juntos entre sí y separados del de la afasia, lo que ocurre por cima del núcleo lenticular del cuerpo estriado. Y hemos dicho del fascículo piramidal y geniculado izquierdo, ó de ellos y el geniculado derecho, por haber demostrado Hirt ⁽¹⁾ la posibilidad de que radicando una lesión en el lado izquierdo, ocasiona una diplexia masticatoria y porque según Obersteiner en su anatomía de centros nerviosos, una lesión en la vía central del hipogloso, debe originar trastornos motores de ambos lados de la lengua.

⁽¹⁾ Pathologie y Therapie des maladies du Systeme nerveux.

Diagnóstico en general.

Más atrás hemos indicado que la sífilis del sistema nervioso no provoca síntomas propios, siendo la tocalización la que lo decide todo, así que para decir que una afección nerviosa depende de la sífilis, falta apoyararla sobre otros datos, á saber:

- 1.º = Antecedentes sífilíticos, debiendo tener en cuenta la herencia y las diversas formas de contagio
- 2.º = Síntomas objetivos, como cicos, triees, manchas, lesiones del Tabique nasal &c.
- 3.º = Curso de la enfermedad como por ejemplo, la alternancia de las parálisis.
- 4.º = Los resultados del tratamiento

Lo.

Casos existen en los que es preciso saber, no sólo que es producido por la sífilis, sino la clase de lesión Anatómo-patológica de que se ha valido para producirta y el sitio que este ocupa.

En cuanto á este último punto ya le hemos tratado con alguna atención y respecto á la forma Anatómo-patológica, muchos nos pueden indicar los síntomas de que se acompaña, así las somnolencias y comas, nos harán presumir lesiones de meninges, los dolores circunscritos, gomas &c. no olvidando la utilidad que podemos obtener por el examen oftalmoscópico.

Prognóstico.

Dejando á un lado ciertas cuestiones, como son las condiciones indi-

viduales, tiempo de la enfermedad & el pronóstico depende de las siguientes circunstancias.

1.º = Del sitio de la afección aun dentro del mismo cerebro.

2.º = De la clase de lesión Anatómica, pues siempre será de mejor pronóstico un goma que una arteritis.

3.º = De la mayor ó menor extensión de la lesión

4.º = De la intervención terapéutica

De un modo general podemos hacer un cargo del pronóstico de la enfermedad en la siguiente estadística de Hjelmmann:

Total de enfermos	385
Curados	87 (23%)
Abandonados	118 (31%)
Sin curar (viviendo con alteraciones graves) ...	105 (27%)
Muertes	75 (19%)

Tratamiento.

Bajo el punto de vista profiláctico el tratamiento específico tiene mucha importancia, pues es claro que curando las primeras manifestaciones y cortando, por decirlo así, la sífilis, evitaremos el peligroso riesgo de la localización cerebral. Tanto más si añadimos, como Fournier señala, que es más frecuente la sífilis nerviosa en aquellos casos benignos al principio y que pasando casi ignorados, no se siguió un verdadero tratamiento, el cual podría ser entonces curativo de la sífilis y preventivo de la cerebral.

Mas esto no quiere decir que existan algunos casos bien tratados desde su comienzo y que en ellos se haya presentado esta terrible localización aunque son en muy pequeño número.

El régimen alimenticio, el ejercicio

y en general una buena higiene tienden á evitar la localización cerebral y una vez confirmada y siendo manifiestas las manifestaciones sífilíticas, estarán desde luego indicados el mercurio y el yodo, debiendo tener en cuenta los siguientes preceptos. Que se debe obrar todo lo antes posible y con intensidad, recordando que el mercurio es más potente al principio cuando todo es sífilítico, que no después cuando han venido esclerosis, que son mucho más rebeldes y sobre las que tiene mayor acción el yodo, el cual por sí solo y sin que el enfermo haya seguido tratamiento mercurial, no tiene acción contra la sífilis, como ocurre igualmente á las aguas minerales. A más el tratamiento debe seguirse por bastante tiempo.

No hay que descuidar así mismo algunos síntomas que molestan al en-

ferró los cuales el médico atento debe ir corrigiendo según se presenten

En cuanto al Tratamiento Quirúrgico, en general se hace preciso muy pocas veces, pues existen muchísimos casos en que se ha requerido un tratamiento insuficiente, bien por creer que no llegaría á esta localización, ó por juzgar que bastaría con el uso de jarabes y pitadoras, en cuyos casos parecía no había otro recurso que el acudir á la operación y se ha visto que sometiendo á estos enfermos á un tratamiento energético, se ha hecho innecesaria la operación; por lo cual nunca someto á un enfermo al tratamiento quirúrgico sino después de convencerme que no se puede curar por el mercurio ó iodo; debiéndose tener en cuenta, una vez que nos decidamos á operar, que la lesión sea accesible á

nuestros medios, que no sea difusa y
que pudiéndola localizar se acompa-
ñe de síntomas graves.

VIII

Historias clínicas.

Sífilis cerebral hereditaria

1.^{er} caso

Observación personal.

Un sujeto, á quien traté primero una blenorragia y luego un chancro sífilítico, contrajo matrimonio y tiene un hijo, que á los dos dias de nacimiento se le presenta una oftalmia purulenta, de la que curó; á los cinco meses de aparecer sífilides por todo el cuerpo, el desarrollo se hace mal, pues llega á los 12 meses sin que tenga ningún diente, á los 13 meses, despues de llevar unos dias quejándose, empiezan á atacar epileptiformes, que suspenden á

los dos días de usar pomada mercurial y jarabe iodurado.

2º caso.

Observación personal

Hace unos meses que tuve ocasión de ver un niño de 18 meses en un estado deplorable; el enflaquecimiento era extremo, la piel de un color amarillento recio, tenía ya los dientes y los cuatro primeros molares, si bien los primeros estaban muy careados.

Interrogué á la madre y pude saber que había tenido poco después de su matrimonio un chancero y que el niño desde que nació había estado muy débil y había tenido muchos granos; le sometí á tratamiento mercurial, con el cual mejoró algo, le extraje después dos sequestros del maxilar inferior y por último tuvo ataques epiléptiformes. Voy á fuerza de trata

miento se encuentra muy mejorado

3.^{er} caso.

Observación tomada de Jouvrier

Un hombre sífilítico se cura y comunica la sífilis á su mujer. De este matrimonio nace un niño que pocas semanas después de nacer presenta accidentes ligeros pero incontestables de sífilis en las malgas y en los labios, que son tratados y curan.

Ningún accidente se presenta durante siete años. pero en esta época comienza á tomar costumbres especiales, no trabaja sino contra su gusto, siendo antes atento y laborioso, se vuelve mal disciplinado, no aprende las lecciones ó no quiere aprenderlas y olvida lo que sabía; vivo y pretulante antes se ha transformado en apático y mudo; á ratos está como extraño á lo que le rodea.

Se queja además de su limitado lenguaje, de experimentar de tiempo en tiempo vértigos y aturdimiento, en ocasiones le duele la cabeza y no puede tolerar la luz. Por fin un día después de parar tres meses en este estado, se presenta una verdadera crisis epiléptica; súbitamente cae privado de conocimiento, con convulsiones generales mordiendo la lengua y arrojando espuma por la boca, con emisión involuntaria de orina.

Estas crisis se reproducen dos veces en corto espacio de tiempo. En vista de lo cual se le sometió a medicación mercurial obteniendo resultado en poco tiempo.

Añ casa

Observación de Fournier con
autopsia

Niño, hijo de padre sífilítico, sano hasta la edad de 10 años, lección

ulcero crústacea profunda y de evolución rápida en la nariz que mutiló este órgano. Poco tiempo después invasión de una sífilis cerebral de las más claras y graves, cefalea violenta con exacerbación nocturna, accesos epilépticos, desórdenes intelectuales y de la vista, parálisis ocular izquierda y después derecha, desórdenes del equilibrio, oscilaciones, accesos de estupor y de afasia, parálisis parcial del lado derecho, continuación de los accesos epilépticos y muerte en uno de ellos.

En la autopsia se encontró: 1.º - Tres gomas que descansaban sobre la dura madre: 2.º - reblandecimiento de las partes periféricas del cerebro, y 3.º - Lesiones vasculares.

Enfermos por Lesiones sifilíticas de vasos cerebrales

5º caso

Observación personal
(resumida)

Una mujer de 27 años, casada, que había contraído sífilis hacia cinco años, que era lo que duraba el matrimonio, en estos años tuvo dos abortos consiguiendo, á fuerza de tratamiento tener una niña que vive.

La madre comenzó á tener después dolor de cabeza y ataques convulsivos y por fin uno apoplectiforme que le causó la muerte. En la autopsia se encontró una hemorragia de la Sibiliana

6º caso

Observación de Schvostek
(resumida)

M. L. de 24 años, con sífilis recu-

daria empezada á sentir vértigos, dolor de cabeza, hemiplejia izquierda, coma y muerte.

En la autopsia se encontró arteritis de las arterias de la base y hemorragia en el cerebro estriado, cápsula externa y antemuro, con exudación ventricular.

7º caso

Observación de Braulj.

Con cefalalgia, anorexia y afasia, tomando el enfermo aspecto haquético y muerte súbita, encontrándose una hemorragia por rotura de la carótida izquierda á su entrada en el cráneo y en el punto simétrico, la derecha estaba con arteritis, considerablemente estrechada por tejido embrionario.

Enfermos por arteritis sífilíticas cerebrales

8º caso.

Observación personal.

Un joven de 26 años, soltero y que hace dos años tuvo un chanero seguidor de placas en la boca y fauces hace medio año comenzó a tener dolores en los huesos y en la cabeza, más acentuados por la noche, a todo lo cual siguió una parálisis del lado derecho y pérdida de la palabra, así mismo tenía imposibilidad de mover el carrillito y no podía cerrar el ojo derecho.

Sin tratamiento ninguno de afecciones parecieron este desorden quedando sólo una gran dificultad para hablar, no pudiendo encontrar casi palabras.

Cuatro meses después comenzó a

tremblar una noche, volviendo á quedar otravez paralítico del lado derecho y con parálisis completa masticatoria y lingual.

Unos días después de este suceso practicábamos el vaciámen, encontrando que no funcionaba completamente la cija derecha ni tampoco cerraba el ojo del mismo lado, teniendo la mano dibuta inferior pendula, á la cual no podía mover, como tampoco cerrar la boca, ni masticar, ni hablar, el deltáides derecho se contraía incompletamente, el antebrazo, mano y dedos estaban en flexión y los movimientos de extensión de los mismos segmentos eran imposibles, además el pie de este lado tenía la forma que presenta en la enfermedad de Friedreich, siendo normales los movimientos del lado izquierdo. Tenía

vértigos en la bipedestación y el reflejo rotuliano estaba exaltado. Las pupilas normales reaccionaban bien a la luz, el oído derecho algo más duro que el izquierdo y no podía pronunciar palabra.

Funciones psíquicas normales, deglución difícil, por falta de motilidad de la lengua existiendo reflejo faríngeo, si bien no muy intenso, a más había pareoia del veto del paladar en el lado derecho. Los movimientos de las cuerdas vocales normales.

En resumen: el enfermo Perúa, como ya hemos dicho, una hemiplejía derecha y una displejia lingual masticatoria y facial inferior, pero en las que la parálisis era más acentuada en el lado derecho y todo un trastorno de sensibilidad.

La en otra parte tratamos este caso con bastante detenimiento, por lo que no insistimos más, y sólo ahora diremos que sometido a un tratamiento rífilítico intensivo se mejoró en tal forma que sólo quedó un poco de dificultad en el habla.

9.º caso

Observación personal

R. C. hombre de 34 años, militar, casado y de buena constitución

Hace 14 años padeció un chanero del que al parecer curó, sin que requiera un buen tratamiento, curándose después.

A los dos años de matrimonio empezó a sentir mareos y dolores de cabeza, debilitándose mucho sus facultades intelectuales y limitándose su lenguaje a un número muy limitado de palabras.

No há medio año que al levantar se fué acometido de un temblor, que duró como diez minutos, quedándose después poco á poco en el transcurso de veinte horas con parálisis del brazo y pierna derecha con retención de orina y falta de lenguaje, todo ello acompañado de un estado comotivo.

Se le dió, en vista de esto, un purgante y se practicó el cauterismo, comenzando un tratamiento muy mercurial y iódurado, consiguiendo que en pocos días desapareciese del brazo y de la pierna, que orinase por sí solo y que pronunciase algunas palabras.

10º caso.

Observación del Dr. Anderson

Un sujeto que á los 29 años enfermó por chancro, seguido de fenómenos secundarios, los cuales desaparecieron por

el tratamiento acostumbrado.

Paró después tres meses en un estado bastante satisfactorio, pero al cuarto se le presentaron dolores de cabeza y pérdida de memoria, dolor sordo en las sienas y confusión mental, que mejoraron con ejercicios físicos; siguió así un año, sin que adelantara gran cosa, sufriendo un ataque repentino de parálisis parcial, facial, confusión de ideas, hemiplejia izquierda y dolor sordo en el lado derecho de la cabeza.

Seis días después anestesia parcial en la piel con hemiplejia izquierda completa. Restablecimiento temporal recidivas a las dos semanas y muerte en el coma, después de un espasmo tetánico (epistotono) hiperpinucia.

Autopsia: hiperesamiento nodular tenue de las tunicas del tronco bacilar y en menor grado de la ar

teria cerebral media derecha. Las lesiones fueron características de la sífilis e invadieron todas las tunicas.

No se encontraron otros trastornos dentro del cráneo, excepto un reblandecimiento superficial, cerca de la insula derecha de Reil.

IIIº caso.

Observación del Dr. Joffroy.

Un hombre con 20 años de existencia sífilítica, dolor de cabeza, embarraso de la palabra, afasia transitoria. Un mes más tarde hemiplegia facial derecha y parálisis pasajera del brazo derecho.

En los meses siguientes inaptitud para el trabajo, aturdimiento, y por fin, coma seguido de muerte; encontrándose el tronco bacilar con un trombuy de un centímetro y medio de longitud, la silviana y las del

cerebrales posteriores con esclerosis, el cerebro con un foco de reblandecimiento en la circunvolución frontal interna otra en el lóbulo para-central y otra en el pie de la circunvolución frontal

Enfermas por locuras sífilíticas.

12º caso.

Observación personal

Un sujeto de 32 años, casado que de soltero había contraído una sífilis benigna al parecer y la cual se trató por los medios corrientes, una vez pasado el período secundario, se casó teniendo tres hijos, dos de los cuales murieron de meningitis. Hace un año en el mes de Agosto se le presentó delirio y ataques de furia, los que cedieron con fricciones mercuriales, a poco menos de un año le volvieron

á repetir, consiguiéndose el mismo resultado.

13º caso

Observación del Dr.

Jonathas Hutchinson

Un joven que fué observado en el hospital de Londres, en completo estado furioso, por la nariz se halaba un olor nauseabundo, por lo que se le administró ióduro, con lo que se consiguió desaparecer el estado maniaco, después de lo que se le pudo comprobar que había tenido sífilis y llevaba mucho tiempo con cefaleas.

Enfermos sífilíticos con Parálisis General.

14º caso.

Enferma de 58 años con sífilis antigua, sometida á tratamiento mer

curial, muere de apoplejía, después de tres años de parálisis.

La parálisis general constituida por un temblor de los miembros, principalmente del superior izquierdo. Después una aturdimiento muy grande, con pérdida del conocimiento, temblor de la lengua, incoordinación motriz muy pronunciada en el lado izquierdo, pérdida de memoria, sobre todo de cosas recientes.

15º caso.

C. N. de 31 años, parálisis general con delirio: hace siete años que padece sífilis, habiendo seguido un tratamiento incompleto: hace dos años enfermó por perder la memoria y hacerse difícil el lenguaje; siguieron después ideas de persecución y de grandera y por fin la muerte.

IX

Conclusiones:

- 1ª = Todo lo que favorezca el desarrollo de la sífilis terciaria contribuirá a la localización cerebral.
- 2ª = Nada importa que la sífilis comience con poca intensidad, para que luego se localice en el cerebro.
- 3ª = Aunque es muy común que dicha localización se presente en estados avanzados de la sífilis, puede presentarse también a los seis u ocho meses.
- 4ª = Las lesiones sífilíticas cerebrales tienen siempre por punto de partida el tejido conjuntivo y los vasos.

- 5^a = De todas las formas de sífilis cerebral, la más frecuente es por arte ritis.
- 6^a = Pocos síntomas dependen de la clase de la lesión, dependiendo casi todos del ritis que ésta ocupe.
- 7^a = Siendo muy común la arteritis de la región motora, el síntoma más frecuente en la sífilis cerebral es la hemiplejía.
- 8^a = Es así mismo muy frecuente el que se presente una mednais y una exageración de los reflejos tendinosos.
- 9^a = Los nervios del ojo son los nervios craneales que con más frecuencia sufren en la sífilis cerebral.
- 10^a = La sífilis cerebral se puede manifestar por locura.
- 11^a = Tiene igualmente una marcada influencia en la producción

de la parálisis general.

12ª = Dentro de la gravedad de las lesiones cerebrales, las debidas á la sífilis son de mejor pronóstico.

13ª = El tratamiento debe ser instituido cuanto antes, aunque la tocalización cerebral no esté aun marcada, en cuyo caso sería curativo de la sífilis y preventivo de la cerebral.

14ª = El tratamiento debe hacerse con intensidad

15ª = El tratamiento quirúrgico se empleará cuando no se haya conseguido nada con el farmacológico, y á más, antes de instituirse, se ha de ver si es localizable y va acompañada de síntomas graves. He dicho

Madrid 30 Abril 1900



Lorenzo Monera
 Madrid

Amable

L. Lora

Admirable

Alfonso Rodriguez
y Fernandez

Verificó el grado de Doctor
y obtuvo la calificación de
Sobrediente

Madrid 20 de Mayo de 1821

Alfonso Rodriguez
y Fernandez

Antonio Sanchez
Herrera

J. Ramon Cayal

Luis Lora

José P. Nobinas



